

1歳児健診問診票

お子さんのお名前	生年月日	年	月	日
----------	------	---	---	---

お子さんの生活についてお聞かせください

- ・ 離乳食は順調に進んでいますか？ はい いいえ
- ・ 1日に何回食事をしていますか？ _____ 回/日
- ・ 自分で食べようとする意欲がありますか？ はい いいえ
- ・ 食物アレルギーの心配や反応（発疹や嘔吐など）はありますか？ はい いいえ

具体的に教えてください。 _____

- ・ 夜はしっかり寝ていますか？ はい いいえ
- ・ うんちはどのくらいの間隔で出ていますか（1日～回、～日に1回など） _____
うんちのかたさはどのくらいですか？ コロコロ バナナ様 泥状

お子さんの日常の行動についてうかがいます。

- 歩いていますか？ はい いいえ 何歩くらい歩いていますか _____ 歩
- 自分でつかまらずに立ち上がることが出来ますか はい いいえ
- 手で物をつかみ、自由に操作していますか？ はい いいえ
- 指を使って細かい物をつまもうとしますか？ はい いいえ
- 食事中に手で食べ物をつかんで食べようとしていますか？ はい いいえ
- ママ、パパなど簡単な言葉を理解していますか？ はい いいえ
- 簡単な単語をおしゃべりしますか？ はい いいえ
- どのような単語をおしゃべりしますか？ _____
- 興味のあるものを指さしますか？ はい いいえ
- 人見知りしますか？ はい いいえ
- 喜びや怒り悲しさなどの感情をはっきり表現しますか？ はい いいえ

* ご質問などありましたらご自由にお書きください